

■ PSYKISKE LIDELSER

Sykepleie til eldre med psykiske lidelser som bor hjemme

Av **Torill Margaret Sæterstrand**, førstelektor, Nord Universitet, Norge

Av **Solrun G. Holm**, førstelektor, Nord Universitet, Norge

Introduksjon

Det er omdiskutert hvorvidt forekomsten av psykiske lidelser øker med alderen, men Helseundersøkelsen fra Nord-Trøndelag viser en markant økning av prevalens av depresjon blant hjemmeboende eldre (1;2). Kvist, Djernes og Gulman (2) hevder at 60 % av eldres depresjoner blir oversett og ikke diagnostisert. Ifølge Norsk Sykepleierforbund må eldres rett til forsvarlig psykisk helsehjelp ivaretas på lik linje med andre behov hos pasientene (3). Gjennom Opptreppingsplanen 1999 - 2006 (4) skulle en sikre en oppbygging og styrking

av det psykiske helsevernet i kommunene. Det er lagt vekt på at barn, unge og voksne med alvorlige psykiske lidelser skal ivaretas og gis spesialiserte tilbud. I Plandokument for norsk alderspsykiatri 2011-2020 (5) drøftes arbeidsfordelingen mellom allmennpsykiatri og alderspsykiatri. Noen pasienter kan behandles i førstelinjen, mens andre skal behandles innen allmennpsykiatrien. Dimensjoneringen av avdelingene medfører at de ikke kan behandle alle eldre med psykiske lidelser (6). De fleste pasientene lever med sin psykiske sykdom over flere år og har vekslende

Sammendrag:

Bakgrunn: Mennesker med en alderspsykiatrisk lidelse har ofte behov for pleie og omsorg over lang tid. Nyere forskning viser at pasienter med slike lidelser er blant dem som i minst grad får dekket sine behov.

Hensikt: Å få kunnskap om sykepleiernes erfaringer med ivaretagelse av kronisk syke eldre med alderspsykiatriske lidelser som bor hjemme.

Metode: Kvalitativ innholdsanalyse. Feltnarbeid og kvalitative intervju med 11 sykepleiere. Utvalget besto av fire sektorer i hjemmesykepleien i to ulike kommuner i Norge.

Funn: Utfordrende klinisk sykepleie betegner prosessen sykepleierne står i når de ivaretar eldre med alderspsykiatriske lidelser som bor hjemme. Dette innebar omsorg for sårbare pasienter, ivaretagelse av pårørende, kompliserte pasientsituasjoner samt behovet for veiledning og samordning.

Konklusjon: Å få til godt samarbeid med annet helsepersonell for å styrke kompetansen er viktig for å kunne ivareta pasientene. Stillinger for sykepleiere med videreutdanning i alderspsykiatri kan muligens øke kompetansen og bedre pasientomsorgen. Organiseringen av tjenesten må studeres nærmere.

Nøkkelord: hjemmesykepleie, sykepleie, eldre, alderspsykiatriske lidelser

Abstract:

Taking care of people suffering from neuropsychiatric illness living at home

Background: People suffering from neuropsychiatric illness are often in need of caring and nursing over a long period of time. Research show that patients suffering from such illness does not very often get enough care in practice.

Aim: To gain knowledge about nurses experiences from taking care of older people living at home and suffering from chronic and neuropsychiatric illness.

Method: Qualitative analysis. Fieldwork and qualitative interviews with 11 nurses who worked in four units in two different municipalities in Norway.

Results: Challenges in clinical nursing explains the process nurses work in when they take care of people with neuropsychiatric illnesses living at home. This is caring for patients, taking care of family members, managing complex patient situations and the need for coaching and cooperation.

Conclusion: To gain a good cooperation with other health personell to strengthen the competence is important, especially when the goal is caring. Nurses with education in neuropsychiatric care can strengthen the competence maybe, and reach a better patient care. The organization of the community health system needs to be studied.

Key words: Home care, nursing, elderly, neuropsychiatric illness



dårlige og gode perioder. Tre fjerdedeler av pasientene i hjemmesykepleien er over 67 år. I praksis sees tre hovedgrupper av psykiske lidelser; psykoser, angst og depresjon (7). Gjennomsnittsalderen er 73,1 år basert på tall fra SSB 2011, og fordelingen mellom kjønn er 66 % kvinner og 34 % menn. Blant de helsemessige årsakene til at pasientene får hjemmesykepleie utgjør psykiske lidelser 15,2% (8). Hjemmeboende eldre pasienter har i gjennomsnitt 2,7 registrerte aktive diagnoser, 42 % har tre eller flere diagnoser (9). Pasienter med psykiske lidelser er blant dem som i minst grad får dekket sine behov (8). Andre kroniske sykdommer som Parkinsons sykdom medfører at pasienten har lettere for å isolere seg og kommer derved inn i en ond sirkel som kan ende med depresjon (10). Depresjon etter hjerneslag er svært vanlig (6). Ubehandlet depresjon hos disse pasientene kan hindre nødvendig rehabilitering etter hjerneslaget. Ifølge Nasjonale retningslinjer for diagnostisering og behandling av mennesker med depresjoner i primær- og spesialisthelsetjenesten (11) påpekes det at tre fjerdedeler ikke får behandling. Depresjoner hos eldre kan presentere seg på andre måter enn hos yngre, og kan uttrykke seg som somatoforme og agiterte depresjoner, noe som stiller store krav til kompetanse hos yrkesutøveren. Ifølge Kvaal (12) som i sin doktorgradsavhandling har studert hvordan pasienter i sykehjem og i eget hjem erfarer depresjon, fant at blant dem som greier seg selv, er det kun 2 % som sliter med angst, med kvinner i klar overvekt. Blant eldre med kroniske sykdommer

er det stikk motsatt. Flere menn enn kvinner viser symptomer på betydelig angst, tallene er henholdsvis 47 og 41 prosent. Om lag 16 prosent av disse har en psykiatrisk lidelse, som oftest en kombinasjon av angst og depresjon. Depresjon er noe som forekommer hyppig i høy alder der det ofte er knyttet til kroniske sykdommer. Psykiske lidelser hos eldre kan skyldes kronisk sykdom som kan sees i forbindelse med tap og en ubearbeidet sorgreaksjon, samt tap av venner, ektefelle, helse og funksjonsevne, som er vanlig i eldre år (12). Ifølge «...og bedre skal det bli. Nasjonal

PLEIE: Eldre mennesker med psykiske lidelser har ofte behov for pleie og omsorg over lang tid. Illustrasjonsfoto: Colourbox.

«De fleste pasientene lever med sin psykiske sykdom over flere år.»

strategi for kvalitetsforbedring i sosial- og helsetjenesten»; (13) innebærer god kvalitet at tjenestene er virkningsfulle, trygge og sikre, involverer brukere og gir dem medinnflytelse, er samordnet og preget av kontinuitet, utnytter ressursene på en god måte, er tilgjengelige og rettferdig fordelt. Det påpekes at man i primærhelsetjenesten ofte overser depresjoner. Birkeland og Natvig (14) intervjuet eldre over 70 år som fikk tilsynsbesøk av hjemmetjenesten. De fant at pasientene ga uttrykk for at hjemmesykepleien i stor grad ivaretok deres sosiale behov gjennom den omsorgen som utøves. Samtidig reiser de spørsmål ved

at pasientene i samme studie kunne ha vært forsiktige i sine uttalelser fordi de muligens var engstelige for at hjemmesykepleien kunne få kjennskap til det de sa. Ingen av deres informanter hadde «bare» psykososiale vansker, men alle hadde varierende grad av fysisk sykdom og svekkelse. Dale, Sævareid, Kirkevold og Söderhamn (15) fant at eldre over 75 år som bodde hjemme og mottok hjemmesykepleie var fornøyde, samtidig var der liten kontinuitet i omsorgen, tidspress blant sykepleierne og mangelfull informasjon og kommunikasjon. Å ha hovedfokus på psykiske lidelser som følgesykdommer hos eldre både ved demens og andre somatiske sykdommer har fått større oppmerksomhet (16;17).

Eksisterende forskning både i Norden og internasjonalt viser at man må være oppmerksomme på at eldre immigranter i alderen 60-75 år kan ha større tilfang av depressive symptomer (18). De sammenliknet to iranske grupper; en gruppe født og bosatt i Iran (668 personer), en gruppe iranske immigranter

«De følte et stort ansvar for pasientene.»

bosatt i Sverige (105 personer) samt 305 innfødte svensker. Studien viser at iranere bosatt i Tehran samt immigranter bosatt i Stockholm har større behov for ivaretagelse av psykisk helse. Funnene sammenfaller med andre studier vedrørende ulike aspekt av selvrapporterte symptomer på depresjon i ulike etniske grupper (19-21).

Eldre med psykiske lidelser er ulike, men noen kjennetegn på slike lidelser er følelsesmessige og kognitive problemer, noe som krever at det settes av tid og ro til både pasient og pårørende fra helsepersonellens side. Siden det finnes lite forskning om hvordan praksis fungerer og hvilke tiltak som gjøres i kommunehelsetjenesten til eldre med psykiske lidelser som bor hjemme, er det derfor behov for mer forskning på området.

Hensikt

Artikkelens hensikt er å presentere utfordringer i praksis når det gjelder hjemmesykepleiens ivaretagelse av kronisk syke eldre med psykiske lidelser som bor i sitt eget hjem.

Metode

Studien er kvalitativ og det er valgt et deskriptivt design. Det er foretatt feltobservasjoner og utdypende

kvalitative intervju (22). Intervjuene er analysert ved å anvende Kvaless (22) innholdsanalyse. Analyseringen av datamaterialet er gjort ved å følge Kvaless (22) beskrivelse av innholdsanalyse gjennom 3 faser; 1) selvforståelse, 2) kritisk forståelse basert på «common sense» og 3) teoretisk forståelse. Fortolkning av andre menneskers erfaringer av noe, vil alltid innebære en utvelgelse. Det som velges ut av informantene selv er bevisst eller ubevisst; det som er betydningsfullt eller som huskes i øyeblikket ved samtaler. Individuelle intervju er utført med 11 sykepleiere i hjemmesykepleien som arbeidet i fire ulike sektorer; to sektorer i to kommuner i Norge. Intervjuguidens temaområder var spørsmål om utførelse av praksis og handlinger i praksis, tanker om yrkespraksis, utfordringer i det daglige arbeidet, kompetanse, prioriteringer og organisering.

Etiske overveielser

Det ble opprettet kontakt direkte med lederne av kommunehelsetjenesten som rekrutterte sykepleiere i hjemmetjenesten og informerte sine ansatte om prosjektet på forhånd. Hver enkelt informant ble informert om studien av forsker. Samtlige informanter underskrev samtykkeerklæring. Helsinkideklarasjonens retningslinjer er fulgt gjennom hele studien.

Resultat

Hovedutfordringen for sykepleierne er hvordan kunne gjennomføre sykepleie ved manglende samordning og manglende faglig veiledning. Dette ble håndtert med strevsom balansering.

Sykepleierne har i sin utdanning lært at pasientens fysiske, psykiske og sosiale behov skal ivaretas, og lidelse skal lindres. Fagkompetansen blir satt på prøve når komplekse og utfordrende pasientsituasjoner krever kliniske tiltak og behandling i pasientens eget hjem. Samtidig erfarte de pasientsituasjoner de mestret. Strukturelle forhold som kompliserte situasjonen var manglende samordning og manglende faglig veiledning. Behov for veiledning i utfordrende pasientsituasjoner var tydelig.

Tema:

1. Gir omsorg til sårbare pasienter
2. Ivaretar pårørende
3. Strever med kompliserte pasientsituasjoner
 - depresjon og spiseforstyrrelse
 - depresjon og begynnende demens
 - eldre med psykose
 - eldre med uavklarte lidelser
4. Etterlyser veiledning og samordning



SAMARBEID:

Godt samarbeid med annet helsepersonell er viktig for å styrke kompetansen om alderspsykiatriske lidelser. Illustrasjonsfoto: Colourbox.

1. Gir omsorg til sårbare pasienter

Omsorgen for pasientene ble ivaretatt av ansatte i hjemmesykepleien. Sykepleierne kartla hvilke behov pasienten hadde når det gjaldt fysiske, psykiske og sosiale behov. De forsøkte å etablere primærkontakter for særlig sårbare pasienter. De forsøkte å anerkjenne og lindre pasientens plager, både fysisk og psykososialt. Å være til stede og ta seg tid til samvær der de lyttet til hva pasienten var engstelig for, erfarte de var viktig for å få til en god relasjon. Samværet kunne dreie seg om generell sykepleie der hensikten var å støtte pasienten i å klare noe selv. I perioder når pasienten var deprimert, ukonsentrert eller urolig måtte sykepleierne ivareta mer. Å hjelpe pasienten opp, ivareta personlig hygiene, lage mat, passe på at pasienten spiste, hjelpe til med påkledning var noen av de hverdagslige arbeidsoppgavene. Gjennom å hjelpe pasientene med daglige gjøremål og aktiviteter ble det et naturlig samvær der samtale med pasienten pågikk. Å la det få litt tid, var et uttrykk og en holdning hos noen erfarne sykepleiere. Å se pasientens fortvilelse var viktig, å berolige ham og være der for ham var noen ganger vanskelig å få til på grunn av tidspress i tjenesten på grunn av for mange arbeidsoppgaver hos den enkelte sykepleier. «Hun likte det så godt», var et utsagn knyttet til avslappende bading av en angstfull pasient. Slike omsorgsfulle kroppslige tiltak bidro til at pasienten roet seg.

En pasient som led av diabetes og som fikk sin daglige insulinsprøyte hadde over lengre tid vist tegn på komplisert sorg. Det viste seg at hun nylig var blitt enke og søkte trøst i alkoholen. Sykepleierne var bekymret for hvilke konsekvenser dette kunne

få for den eldre kvinnen på grunn av aldersrelaterte fysiologiske endringer i kroppen, alkoholforbrenning og hennes diabetes. I tillegg brukte hun andre medikamenter; blant annet smertestillende. Hjemmesykepleien økte sitt nærvær og hjalp pasienten med å sette ord på sorgen. De kontaktet fastlegen og informerte om problematikken rundt alkohol. På grunn av at pasienten i tillegg bodde svært avsides og alene, ble hun tilbudt plass på rehabiliteringssenter over en kortere periode for å komme på bedringens vei.

2. Ivaretar pårørende

Pårørende til særlig sårbare pasienter ble forstått som spesielt viktig å ivareta og avlaste gjennom samtaler og besøk i hjemmet. Det ble lagt vekt på gode omsorgsmøter med vekt på forståelse av den pårørendes situasjon. Sykepleierne erfarte at de måtte balansere mellom å samtale med pårørende i pasientens påsyn, eller å tilby den pårørende en samtale på kontoret på grunn av mistenksomhet fra pasientens side avhengig av pasientens lidelse. I perioder når den pårørende uttrykte at de var helt utslitte av å passe på sin mor eller far, ble det gjort en drøfting med ledelsen om muligheter for avlastningsplass for pasienten på sykehjem. Pårørende som bodde langt unna ble ivaretatt ved telefonisk kontakt. Det ble informert om muligheten for å delta på «Pårørendeskole» for pårørende til pasienter med demens. Dette var et tilbud kun i en av kommunene.

3. Strever med kompliserte pasientsituasjoner

Depresjon og spiseforstyrrelse

Sykepleierne erfarte at det var vanskelig å strekke til i noen pasientsituasjoner fordi de mente at kompe-

tansen de hadde ikke strakk til. Slike situasjoner var preget av et ønske fra sykepleieren om sikkerhet og kontroll. Et eksempel var en eldre enke som hadde vært deres pasient før en tvangsinnleggelse i psykiatrisk sykehus nylig. Hun led av spiseforstyrrelser og tvangstanker. Problemene hadde eskalert etter at mannen døde. Etter utskrivelsen ble hun plaget av selvmordstanker. Hun hadde ytret et ønske om å ta sitt eget liv fordi livet var for plagsomt for henne nå med overvåkning fra hjemmesykepleiens side av om hun spiste eller ikke. Hjemmesykepleien hadde tre daglige hjemmebesøk som inneholdt samtaler og mattilberedning inkludert ukentlig veiing av henne. Vekten hadde gått dramatisk ned over en to måneders periode. Hjemmesykepleien henvendte seg til pasien-

Et annet eksempel er en eldre fraskilt mann som glemmer å spise og ta sine medikamenter, bor alene hjemme og er svært ensom. Sykepleierne økte tilsynene en periode da depresjonen var som verst i mørketiden. De satte frem mat og påså at han spiste og de tilbød sitt nærvær. Noen ganger avviste han dem. De fant han liggende på gulvet forvirret, kald og klam flere ganger, og situasjonen opplevdes uforsvarlig. Han fikk påvist angina pectoris men klarte ikke å huske på å ta nitroglycerin. Siden han i tillegg til sin depresjon og begynnende demens fikk påvist hjertesykdom, ble han tildelt en sykehjemsplass.

Pasienter som led av demens og hadde aggressive utbrudd overfor hjemmesykepleien var en utfordring. Å ivareta deres verdighet kunne avverge et utbrudd i noen grad, men ikke alltid.

«Pasienter med psykiske lidelser er blant dem som i minst grad får dekket sine behov.»

tens fastlege og fikk etablert et møte med lokalsykehusets distriktpsykiatriske avdeling der pasienten var til stede. Det ble fattet en beslutning om en frivillig kortvarig innleggelse på lokalsykehuset.

En liknende pasientsituasjon i den andre kommunen ble løst på en annen måte av hjemmesykepleien. En enslig eldre kvinne med depresjon og spiseforstyrrelse som hadde innlagt sonde, fikk en lengre innleggelse i kommunens sykehjem. Deretter ble hun tilbudt et lavterskeltilbud i en eldrebolig. For å innlede en tillitsfull relasjon med pasienten, deltok sykepleierne i opplæring på sondeforing mens pasienten var innlagt i sykehjemmet, slik at de var rede til å følge pasienten opp i hennes eget hjem.

Depresjon og begynnende demens

En situasjon som stadig gjentok seg var eldre som led av depresjon og begynnende demens, bodde alene og var svært engstelig. Et eksempel var en kvinne som brukte trygghetsalarmen opptil 30 ganger i timen, og var tydelig redd for å være alene. Sykepleierne følte omtanke for henne, og forsøkte med flere tilsyn per dag. Men hun husket ikke at de hadde vært på hjemmebesøk og fortsatte å ringe på alarmen. En MMS (mini-mental-test) undersøkelse viste tegn på demens i tidlig stadium. For å avhjelpe hennes angst ble det tildelt en avlastningsplass på en demensavdeling. Pasienten trivdes ikke fordi hun følte seg for frisk sammenliknet med andre urolige pasienter, og skrev seg ut.

Eldre med psykose

Sykepleie til eldre med psykose var utfordrende i praksis fordi de følte en særlig uforutsigbarhet i situasjonen. Det var situasjoner der de måtte handle der og da. De erfarte at pasientene opplevde kaos, fortvilelse og angst og atferden var utfordrende.

Sykepleierne hadde evne til å identifisere seg med pasientenes smerte, samtidig som de prøvde å distansere seg fra den. De ble berørt av deres tilstand, de hadde omtanke for pasientene og forsøkte å gi emosjonell støtte når de var på hjemmebesøk. De opplevde at de likevel hadde manglende kompetanse når det gjaldt å arbeide med pasienter som hadde vrangforestillinger og hallusinasjoner.

En eldre mann led av vrangforestillinger betinget av schizofreni, en lidelse han hadde hatt siden han var ung. Sykepleierne opplevde det som vanskelig å forholde seg til hans forestillinger om å spise minimalt og å tømme tarmen for gift. De så hans behov for bedre ernæring og ivaretagelse av psykososiale behov. I perioder var huset så skittent at de forespurte fastlegen om å utstede saneringsvedtak av huset. Dette førte til at pasienten ble innlagt på tvang i psykiatrisk sykehus noen måneder. Selv om dette ble et avbrudd i tillitsforholdet til hjemmesykepleien, opplevde de at han søkte deres hjelp, ringte daglig i perioder spesielt når han følte seg fysisk syk. Hjemmesykepleien fortsatte oppfølgingen av ham i forhold til å hjelpe ham med ukentlig bading i tillegg til renhold av huset, et arbeid de hadde hatt over mange år.

Eldre med uavklarte lidelser

Det var ikke alltid kjent for sykepleierne hva som feilte pasientene. Å kjenne til en pasients grunnlidelse er

SORG: Noen eldre sliter med ubearbeidet sorg etter tap av noen som sto dem nær. Illustrasjonsfoto: Colourbox.



viktig for å unngå komplikasjoner, siden eldre ofte har flere lidelser. Sykepleierne viste at de mestret kunsten å observere pasienter og se etter tegn på komplikasjoner. En eldre mann endret atferd fra å være svært deprimert til å vise tegn på uro og blei vandrende. Han hadde nylig vært innlagt i sykehus grunnet hjerneslag. Det viste seg at pasienten hadde forstørret prostata som medførte urinretensjon og sterke smerter, noe sykepleierne skjønnte etter å sette av tid til å være til stede hos ham. Andre eksempler var eldre med hormonelle lidelser der komplikasjoner som følge av grunnlidelsen kunne maskere behovet for økning av medisiner ved akutte infeksjo-

«I tillegg må omsorgen for pårørende styrkes.»

ner. Hos pasienter med hjertesvikt og KOLS kunne angst og depresjon forsterke symptomene. Alvorlige tilstander hos pasientene kunne fremstå som både fysiske funksjonsproblemer og emosjonelle symptomer. Sykepleierne var opptatt av å se behovene og evaluere de underveis. De følte et stort ansvar for pasientene og kontakten fastlege ved behov.

4. Etterlyser veiledning og samordning

Det sykepleierne erfarte som problematisk i arbeidssituasjonen og som påførte dem stress, var manglende veiledning og samordning i tjenesten. De var oppgitte over kommunens manglende innsats på det alderspsykiatriske området. Spesielt pasienter som led av psykose med vrangforestillinger og hallusinasjoner opplevdes svært utfordrende for hjemmesykepleien. Dette gjaldt begge kommunene. I det daglige arbeidet med pasientene kunne de rådføre seg med hverandre og med pasientenes fastlege. De kunne få råd hos demensteam og demenssykepleier. I den ene kommunen var det tilsatt en demenssykepleier i 50 prosent stilling som hadde arbeidssted i en sektor. Hun ble kontaktet ved behov og veiledet personalet ved behov. I den andre kommunen kunne hjemmesykepleien få veiledning ved behov fra et demensteam bestående av to demenssykepleiere.

I begge kommunene var det cirka 11 fastleger å forholde seg til, men det var ingen tilsynslege eller samordning i forhold til møter der de kunne drøfte problematiske pasientsituasjoner. I enkeltsaker kunne de få veiledning fra lokalsykehusets spesialisthelsetjeneste, noe som gjaldt for begge kommunene. I det daglige arbeidet med svært lidende

pasienter følte sykepleierne et spesielt behov for veiledning. For å kunne møte behovet hos pasientene ønsket de i tillegg mer kunnskap og kompetanse i alderspsykiatri samt kunnskap om terapeutiske intervensjoner. Det kom også frem at de ønsket å få økt bemanningen med stillinger for ansatte med denne kompetansen.

Diskusjon

Hovedutfordringen i praksis var hvordan man kunne gjennomføre sykepleie ved manglende samordning og manglende faglig veiledning. Dette ble håndtert med strevsom balansering. Temaene; gir omsorg til sårbare pasienter, ivaretar pårørende, strever med kompliserte pasientsituasjoner samt etterlyser veiledning og samordning, betegner prosessen sykepleierne står i.

Omsorg for sårbare pasienter og pårørende

Det er sparsomt med studier som beskriver sykepleie til eldre med psykiske lidelser som bor hjemme. Tønnesens (23) studie fra hjemmesykepleien viser at en omsorgsfull ivaretagelse, men også en forsvarlig tjeneste, innebærer et godt håndlag. Hun er opptatt av at sykepleieren må være høflig og oppmerksom i situasjonen slik at pasientens grenser ikke blir krenket. Andre studier viser at god omsorg til særlig sårbare bærer preg av personsentrert omsorg (24). Hun studerte hva god omsorg til personer i særlig sårbare situasjoner innenfor demensomsorgen og pasienter innlagt i hospice i livets siste fase kunne innebære. Hun fant at pleierne opptrer personorientert og nærværende i pasientmøtene og i pårørendemøtene, nærmest ved å tøye reglene og rutinene på avdelingene. Jakobsen (25) intervjuet 24 omsorgsgivere fra 4 institusjoner, 2 hospice og 2 sykehjem. Jakobsen og Homeliens (24) studie av pårørendes behov, fant at helsepersonell må gå inn i møtene med et ønske om å forstå, ta ansvar og skape tillit og ha en situasjonsforståelse. Sykepleierne i vår studie viste at de kunne ivareta pasientens grunnleggende behov i det daglige i tillegg til å møte pårørende med forståelse. Men de opplevde også at de kom til kort i enkelte kompliserte pasientsituasjoner.

Strever med kompliserte pasientsituasjoner

Sykepleierne var opptatt av å skulle klare å mestre kompliserte pasientsituasjoner, men uttrykte at de kom til kort noen ganger. Dette kan sammenliknes med Rognstads og Nådens (26) studie av pleierens utfordringer i sykehjem. De fant ut at utfordringene

var knyttet til opplevelse av maktesløshet, mislykthet og redsel, balanse mellom makt og autonomi og behov for spesiell kompetanse for mestring av utagerende atferd. Konklusjon i studien til Rognstad og Nåden (26) var at informantene fremhevet frykt og engstelse og uttrykte behov for etisk refleksjon og trening i å håndtere pasientgruppens aggresjon. Til forskjell fra vår studie, der hjemmesykepleierne arbeider alene i pasientens hjem, kan situasjoner preget av aggresjon i sykehjemsavdelinger eskalere ved at pasienter blir sinte og uenige med hverandre. Dette samværet unngås i pasientens eget hjem, men setter hjemmesykepleien under sterkt press. De arbeider alene i pasientens hjem. Og pasienten sitter nesten hele døgnet alene med sin angst og fortvilelse. Sykepleierne var oppmerksomme på sin sårbare arbeidssituasjon og gikk inn to og to i situasjoner som var svært utfordrende.

Internasjonalt viser forskning at terapeutiske intervensjoner har større effekt på psykiske lidelser enn det de kaller vanlig (usual) sykepleie (27). Studier av pasienter som har fått depresjon etter hjerneslag og som får samtalebehandling sammen med antidepressiver, oppnår større bedring enn om de bare får antidepressiver (28;29). Hem (30) studerte interaksjonen mellom psykotiske pasienter og psykiatriske sykepleiere i akuttpsykiatrien i Norge. Hun fant at sykepleiepraksis er full av utfordringer og at sykepleiere ikke makter å leve opp til hva god psykiatrisk sykepleie er. På grunn av innslag av kamouflert makt i relasjonen kan «moden omsorg» være et mulig alternativ, mener hun. Hun forklarer at begrepet «moden omsorg» har en idé om at sykepleierne balanserer mellom sine egne behov og interesser og pasientenes behov og interesser. I den modne omsorg inngår terapeutiske intervensjoner. Et av utsagnene hos en erfaren hjemmesykepleier i vår studie var «la det få litt tid». Med det mente hun at de ikke skulle gå for fort frem, men ta hensyn til at pasienten beholdt verdigheten i situasjoner som var vanskelige.

Kouvenhoven og Kirkevold (31) studerte deprimerede slagrammedes erfaring spesielt og påpeker at funnene deres viser at depresjon etter hjerneslag fra et illness-perspektiv kan ses på som en naturlig sorgreaksjon. De påpeker at hjemmesykepleie i noen tilfeller kan få en for fysisk-somatisk orientering, noe som kan medføre at man overser psykososiale behov og mister helhetsperspektivet. Ifølge Birkelands (32) studie av eldre, ensomhet og hjemmesykepleie er det en fare for at psykososiale behov overses

dersom sykepleierne får et for ensidig fysisk fokus.

Etterlyser veiledning og samordning

Sykepleierne var opptatt av at de trengte veiledning i kompliserte pasientsituasjoner. De følte seg stresset av ansvaret de bar nærmest alene. Rosenvinge og Rosenvinge (33) påpeker at omsorg for eldre mennesker er underprioritert. Samordning med andre kommunale tjenester var ikke satt i system. Deady og McCarthy (34) studerte mestringsmekanismer blant irske psykiatriske sykepleiere som erfarte moralsk stress i arbeidet på akutt mottak, noe som kan sammenliknes med det stresset som sykepleiere i min studie gjorde. Ifølge Clancy (35) jobber sykepleiere hardere, de jobber mer, de må greie mer. De må takle stadige endringer og er utsatt for moralsk stress til daglig. Sykepleierne slites mellom sitt humanistiske ideal på mikronivå hos pasienten og tiden de har til rådighet, mener hun. Vågan og Grimen (36) påpeker at sykepleiere er den største profesjonen i helsesektoren i vestlige land, samtidig som den ofte usynliggjøres, forties og gjøres til offer.

PÅRØRENDE: Det er viktig å samtale med de pårørende, for å utveksle informasjon om pasienten. Illustrasjonsfoto: Colourbox.



Sykepleierne i vår studie i hjemmesykepleien står alene i mange situasjoner når de er i hjemmebesøk – og de må fatte beslutninger der og da. De jobber med skjønnsutøvelse under press. Hva kan de støtte seg på? Sykepleie som fag er en praksis som er særegen, ifølge McCarthy (37). Når sykepleieren står i vanskelige situasjoner handler det om profesjonsmoral basert på skjønn. I en skjønnsutøvelse vil mange ulike vurderinger inngå, dette spennet står sykepleiere i til daglig når sykepleie skal ytes, ofte under tidspress. Tønnesen og Nordtvedt (38) argumenterer for hva som skal anses som en faglig akseptabel minstenorm. De påpeker

må studeres nærmere siden manglende samordning og mangelfull faglig veiledning synes å være en stor utfordring for praksis. Ivaretagelse av kronisk syke eldre med psykiske lidelser som bor i sitt eget hjem, stiller store krav til egnethet og kompetanse hos helsepersonellet. Å øke kunnskapen om oppfølging og behandling av psykiske lidelser hos eldre vil kunne bedre livskvaliteten for den enkelte person. Det må rettes fokus mot helhetlig vurdering og kartlegging av pasienter med disse lidelsene slik at de blir ivaretatt på en faglig og god måte. Tilnærmingen og oppfølging av pasientene krever samhandling og flerfaglig samarbeid. I tillegg må omsorgen for pårørende styrkes. ■

«Sykepleierne viste at de mestret kunsten å observere pasientene.»

at hjemmesykepleien skal være faglig forsvarlig og hjelpen som ytes skal være omsorgsfull. Kompleksiteten i de ulike pasientsituasjoner vil også kreve faglige intervensjoner på høyt nivå, slik vår studie viser. For øvrig legger Stortingsmelding nr. 47 (39) klare føringer om samarbeid på tvers av sektorer, et arbeid som kan komme pasientene til gode.

Studiens begrensning

Studiens begrensning er at feltarbeid og kvalitative intervju kun er foretatt i to kommuner i Norge. Om feltarbeidet hadde blitt gjennomført i en annen periode kunne det muligens vært andre problemstillinger i praksis? Det var ingen eldre fra andre etniske grupper i pasientutvalget i den perioden feltarbeidet pågikk. Omsorgen til pasienter som lider av psykiske lidelser er ofte langvarig, men noen får hjemmesykepleie av kortere varighet. Organiseringen av tjenesten kunne vært annerledes, og det kunne vært større grad av veiledning av de ansatte, noe som muligens kunne bedret situasjonen både for sykepleiere og pasienter. Om feltarbeidet hadde vært gjennomført i andre kommuner kunne utvalget hatt andre problemstillinger. Det er derfor ikke mulig å generalisere ut fra denne studien med kun 11 informanter.

Konklusjon

Å få til godt samarbeid med annet helsepersonell for å styrke kompetansen, er viktig for å kunne ivareta pasientene. Stillinger for sykepleiere med videreutdanning i alderspsykiatri kan øke kompetansen og bedre pasientomsorgen. Organisering av tjenesten

Referanser:

1. Solhaug HI, Romuld EB, Romild U, Stordal E. Increased prevalence of depression in cohorts of the elderly: an 11-year follow-up in the general population - the HUNT study Int Psychogeriatr 2012;24(1):151-8. DOI: 10.1017/S1041610211001141.
2. Kvist E, Djernes JK, Gulmann NC. Depresjoner hos eldre overses. Sykeplejersken 2001;101(45):26-31. Tilgjengelig på: <https://dsr.dk/sykeplejersken/arkiv/sy-nr-2001-45/depresjoner-hos-aeldre-overses>
3. NSF. Plattform. NSFs arbeid og engasjement psykisk helse og rus 2009-2012 - en komplett og pasientnær sykepleietjeneste. Oslo, Norsk Sykepleierforbund; 2008. Tilgjengelig på: https://www.nsf.no/Content/423652/Brosjyre_A4_plattform_web.pdf
4. Helse- og omsorgsdepartementet. Stortingsproposisjon nr. 63 (1997-98). Om opptrappingsplan for psykisk helse 1999-2006. Oslo, Helse- og omsorgsdepartementet; 1997. Tilgjengelig på: <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/stprp-nr-63-1997-98-/id201915/>
5. Norsk psykiatrisk forening. Plandokument for norsk alderspsykiatri 2011-2020. Stavanger, Norsk psykiatrisk forening 2010 Tilgjengelig på: <http://www.aldringoghelse.no/ViewFile.aspx?ItemID=2604>
6. Bragason A. Alderspsykiatri. I Red. Dahl, A.A. & Aarre, T.F. Praktisk psykiatri. Bergen: Fagbokforl.; 2012.
7. Fjørtoft AK. Hjemmesykepleie: ansvar, utfordringer og muligheter. Bergen: Fagbokforl.; 2012.
8. Helsetilsynet. Pleie- og omsorgstjenesten i kommunene: tjenestemottakere, hjelpebehov og tilbud 10/2003. Oslo: Helsetilsynet; 2003. Tilgjengelig på: https://www.helsetilsynet.no/upload/Publikasjoner/Rapporter2003/pleie_omsorgstjenesten_kommunene_rapport_102003.pdf
9. Hofseth C, Norvoll R. Kommunehelsetjenesten - gamle og nye utfordringer: en studie av sykepleietjenesten i sykehjem og hjemmesykepleien Trondheim: SINTEF, Unimed; 2003. Report No.: STF78 A033501. Tilgjengelig på: <https://www.sintef.no/en/publication/?pubid=SINTEF+A6364>
10. Aarsland D, Bronnick K, Alves G, Tysnes OB, Pedersen KF, Ehrt U, et al. The spectrum of neuropsychiatric symptoms in patients with early untreated Parkinson's disease doi: 10.1136/jnnp.2008.166959. J Neurol Neurosurg Psychiatry 2009;80(8):928-30.
11. Helsedirektoratet Avdeling psykisk helse. Nasjonale retningslinjer for diagnostisering og behandling av voksne med depresjoner i primær- og spesialisthelsetjenesten IS-1561 Oslo, Helsedirektoratet Avdeling psykisk helse; 2009. Tilgjengelig på: <https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/217/Nasjonale-retningslinjer-for-diagnostisering-og-behandling-av-voksne-med-depresjon-IS-1561.pdf>
12. Kvaal K. Angst og depresjon. I Kirkevold, M., Brodtkorb, K. & Ranhoff, A.H. (Red) Geriatrisk sykepleie. God omsorg til den gamle pasienten. Oslo: Gyldendal Akademisk; 2008.
13. Forland F, Skjellanger A-G, Stolanowski P-A. -og bedre skal det bli!: nasjonal strategi for kvalitetsforbedring i Sosial- og helsetjenesten: til deg som leder



LANGTIDSSYK:

De fleste pasientene lever med sin psykiske sykdom i flere år og har gode og dårlige perioder. Illustrasjonsfoto: Colourbox.

- og utøver. IS-1162. Oslo: Sosial- og helsedirektoratet; 2005. Tilgjengelig på: <https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/233/Og-bedre-skal-det-bli-nasjonal-strategi-for-kvalitetsforbedring-i-sosial-og-helsetjenesten-2005-2015-IS-1162-bokmal.pdf>
14. Birkeland A, Natvig GK. Eldre som bor alene og deres erfaringer med hvordan hjemmesykepleien ivaretar deres sosiale behov. Norsk tidsskrift for sykepleieforskning 2008;10(2):3-14. Tilgjengelig på: <http://brage.bibsys.no/xmlui/handle/11250/150728>
 15. Dale B, Saevareid HI, Kirkevold M, Soderhamn O. Older home nursing patients' perception of social provisions and received care. Scand J Caring Sci 2010;24(3):523-32.
 16. Nordhus IH. Manifestations of depression and anxiety in older adults. I R. Woods, R. & Clare, L. (Red). Handbook of the clinical psychology of ageing. West Sussex: John Wiley and Sons; 2008.
 17. Nordhus IH, Hynninen KM. Treating late-life anxiety in chronic medical illness and cognitive impairment: two case studies. I N.A. Pachana, K. Laidlaw and B.G. Knight (red.) Casebook of clinical geropsychology: International perspectives on Practice. Oxford: Oxford University Press; 2008.
 18. Momeni P, Wettergren L, Tessma M, Maddah S, Emami A. Factors of importance for self-reported mental health and depressive symptoms among ages 60-75 in urban Iran and Sweden. Scand J Caring Sci 2011; 25(4):696-705. doi: 10.1111/j.1471-6712.2011.00880.x.
 19. Lindstrom M, Sundquist J, Ostergren PO. Ethnic differences in self reported health in Malmö in southern Sweden J Epidemiol Community Health 2001 Feb;55(2):97-103. doi: 10.1136/jech.55.2.97.
 20. Tinghog P, Al-Saffar S, Carstensen J, Nordenfelt L. The association of immigrant- and non-immigrant-specific factors with mental ill health among immigrants in Sweden. Int J Soc Psychiatry 2010 Jan;56(1):74-93.
 21. Harrefors C, Savenstedt S, Axelsson K. Elderly people's perceptions of how they want to be cared for: an interview study with healthy elderly couples in Northern Sweden Scand J Caring Sci 2009 Jun;23(2):353-60. doi: 10.1111/j.1471-6712.2008.00629.x.
 22. Kvale S. Interview: en introduktion til det kvalitative forskningsinterview. København: Hans Reitzels Forl.; 1997.
 23. Tønnessen S. Faglige forutsetninger for forsvarlighetsbegrepet. Sykepleien forskning 2013;8(2):188-61. DOI 10.4220/sykepleienf.2013.0057. Tilgjengelig fra: <https://sykepleien.no/forskning/2013/04/faglige-forutsetninger-forsvarlighetsbegrepet>
 24. Jakobsen R, Homelién S. Å forstå pårørende til personer med demens. Geriatrik Sykepleie 2013; 1:22-28. Tilgjengelig på: https://sykepleien.no/sites/sykepleien.no/files/electronic-issues/articles/13gs1_parorende_demens_1509.pdf
 25. Jakobsen R. Nærver når identitet er truet - En studie av god omsorg til personer i særlig sårbare situasjoner. Bodø: Universitetet i Nordland; 2012
 26. Rognstad MK, Nåden D. Utfordringer og kompetanse i demensomsorgen - Pleieres perspektiv. Nordisk sykepleieforskning 2011;1(2):143-55.
 27. Price J, Butler R, Hatcher S, Von KM. Depression in adults: psychological treatments and care pathways. BMJ Clin Evid 2007;2007. Tilgjengelig på: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2943776/>
 28. Mitchell PH, Veith RC, Becker KJ, Buzaitis A, Cain KC, Fruin M, et al. Brief psychosocial-behavioral intervention with antidepressant reduces poststroke depression significantly more than usual care with antidepressant: living well with stroke: randomized, controlled trial. Stroke 2009;40(9):3073-8.
 29. de Man-van Ginkel JM, Gooskens F, Schuurmans MJ, Lindeman E, Hafsteinsdottir TB. A systematic review of therapeutic interventions for poststroke depression and the role of nurses. J Clin Nurs 2010;19(23-24):3274-90.
 30. Hem MH. Mature care?: an empirical study of interaction between psychotic patients and psychiatric nurses. 2008.
 31. Kouwenhoven SE, Kirkevold M. Depressive symptomer etter hjerneslag. Sykepleien forskning 2014;9(1):80-5. Tilgjengelig på: <https://sykepleien.no/forskning/2014/02/depressive-symptomer-etter-hjerneslag>
 32. Birkeland A. Eldre, ensomhet og hjemmesykepleie Sykepleien forskning 2013;2(1):16-22. doi:10.4220/sykepleienf.2013.0049. Tilgjengelig på: <https://sykepleien.no/forskning/2013/04/eldre-ensomhet-og-hjemmesykepleie>
 33. Rosenvinge BH, Rosenvinge JH. Forekomst av depresjon hos eldre - systematisk oversikt over 55 prevalensstudier fra 1990 - 2001. Tidsskrift for Den norske legeforening 2003;123(7):928-9. Tilgjengelig på: <http://tidsskriftet.no/article/785939>
 34. Deady R, McCarthy J. A study of the situations, features, and coping mechanisms experienced by Irish psychiatric nurses experiencing moral distress. Perspect Psychiatr Care 2010 Jul;46(3):209-20. doi: 10.1111/j.1744-6163.2010.00260.x.
 35. Clancy A. Hva er etikk? Tidsskr Sykepl 2012.
 36. Vågan A, Grimen H. Profesjoner i maktteoretisk perspektiv i Profesjonsstudier, red A. Molander og L.I. Terum. Oslo: Universitetsforl.; 2008.
 37. McCarthy J. A pluralist view of nursing ethics. Nurs Philos 2006 Jul;7(3):157-64.
 38. Tønnessen S, Nortvedt P. Hva er faglig forsvarlig hjemmesykepleie? Sykepleien forskning 2012;(Nr. 3):280-5. Tilgjengelig på: [https://sykepleien.no/forskning/2012/10/hva-er-faglig-forsvarlig-hjemmesykepleie\(39\)Helse-og-omsorgsdepartementet.St.meld.nr.47\(2008-2009\)Samhandlingsreformen.Rett-behandling-pa-rett-sted-til-rett-tid.2009.Tilgjengelig-pa-https://www.regjeringen.no/contentassets/d4f0e16ad32e4bbd8d8a-b5c21445a5dc/no/pdfs/stm200820090047000dddpdfs.pdf](https://sykepleien.no/forskning/2012/10/hva-er-faglig-forsvarlig-hjemmesykepleie(39)Helse-og-omsorgsdepartementet.St.meld.nr.47(2008-2009)Samhandlingsreformen.Rett-behandling-pa-rett-sted-til-rett-tid.2009.Tilgjengelig-pa-https://www.regjeringen.no/contentassets/d4f0e16ad32e4bbd8d8a-b5c21445a5dc/no/pdfs/stm200820090047000dddpdfs.pdf)